

POTRZEBY I ZASADY STOSOWANIA SUPERWIZJI PSYCHOTERAPII

EXPECTATION OF PSYCHOTHERAPY SUPERVISION AND SUPERVISION PRINCIPLES

¹Katedra Psychiatrii UJ CM

²Katedra Psychoterapii UJ CM

supervision

Artykuł przedstawia wyniki sondażu opinii psychoterapeutów o zasadach prowadzenia superwizji i potrzebach, jakie powinna ona zaspokajać. Autorzy opisują istotę superwizji psychoterapii oraz rolę superwizora w kształceniu i rozwijaniu umiejętności osób ubiegających się o certyfikat psychoterapeuty. Interpretacja uzyskanych wyników stanowi podstawę do tworzenia definicji superwizji, wykorzystującej zgłaszane potrzeby terapeutów, biorących udział w sondażu.

Summary: Psychotherapists expectations of supervision and their opinion on supervision principles were studied. Analysis of the study results is presented.

Members of the Polish Psychiatric Association Sections of Psychotherapy and of Family Therapy were asked via E-mail to answer the same way to the authors' „Sonda” questionnaire. Respondents could choose an anonymous way of answering.

Almost 15% responded. Quantitative analysis of answers to 8 „yes/no/?” questions and qualitative analysis of answers to 1 open question suggest a shared opinion on psychotherapy supervision goals such as: ordering the therapeutic process; helping the therapist to understand her/his emotions in therapy; support; stimulation of the therapist's potentials. There was no unanimity concerning supervisors steering therapy being supervised. The same concerned sensitivity to supervisee mistakes and open critique. Respondents varied in their perception of impact of supervisor opinion on their advances in professional career. It seems also, that psychotherapists do not share a common concept of diagnosis for psychotherapy.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a właściwie jego Sekcja Naukowa Psychoterapii, w trosce o rzetelność przygotowania psychoterapeutów i utrzymanie standardu psychoterapii w lecznictwie, od dawna dbało o miejsce superwizji w szkoleniu i praktykowaniu. Starania sekcji doprowadziły do administracyjnej regulacji, wymagającej superwizji pracy psychoterapeutów, zwłaszcza tych, którzy podejmują się leczenia przed uzyskaniem uprawnień, jakie daje certyfikat psychoterapeuty PTP. Jest to wymóg kontraktowania psychoterapii przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wydaje się jednak, że mimo usystematyzowania szkolenia (przynajmniej w decyzjach Zarządów Sekcji Psychoterapii i Sekcji Terapii Rodzin, które wspólnie je rozwijają) oraz jasnych procedur przyznawania uprawnień superwizora psychoterapii, nie istnieje jedno uzgodnione stanowisko definiujące wyraźnie, czym jest superwizja. Publikacje na ten temat są raczej skąpe. Opinię tę opieramy na zdaniach wypowiedzianych przez znaczące w polskiej psychoterapii osoby podczas konferencji poświęconych temu zagadnieniu. Było ich w ostatnich latach kilka. Ponieważ w spotkaniach tych uczestniczyli jako prelegenci

i dyskutanci psychoterapeuci i superwizorzy zrzeszeni w różnych polskich towarzystwach psychoterapeutycznych, odnosimy ją także do towarzystw innych niż Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Jeden z nas jest psychologiem, drugi psychiatrą. Może to, przynajmniej do pewnego stopnia, redukować krytykowaną w towarzystwie psychiatro-centriczność. Ale to właśnie restrykcyjnie lekarska organizacja: Sekcja i Zarząd Psychiatrii European Union of Medical Specialists (UEMS) w 2002 roku wypowiedziała się na temat wagi superwizji w opiece nad zdrowiem psychicznym. Wyraźnie rozróżniła wówczas superwizję psychoterapii od superwizji klinicznej, superwizji szkoleniowej oraz badań naukowych. Rozróżnienie to wydaje się istotne, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę doświadczenia z praktyki szkolenia w superwizji. Chociaż, jak każdy podział, poddaje rzeczywistość rygorowi porządku i modelowania.

Superwizja psychoterapii, szczególnie superwizja adeptów tej dyscypliny, nie może nie uwzględniać diagnozowania ani pomijać oceny zgodności postępowania superwizanta z zasadami praktyki klinicznej. Podobnie jak nam się wydaje, korzystne dla superwizanta mogą się okazać sugestie lektur rozszerzających wiedzę w kontekście superwizowanego procesu terapeutycznego. Sztywność granic rozdzielających modelowe kategorie superwizji nie jest chyba korzystna. Z drugiej jednak strony wyrażająca się poczuciem wymienności tych kategorii swoboda, jaką można obserwować u superwizorów, wydaje się większą słabością. W psychiatrii współczesnej, zmierzającej do standaryzacji procedur, prowadzi bowiem do odbierania znaczenia diagnozie psychoterapeutycznej na rzecz diagnozy objawowej.

Postulat przydatności, niezbędności nawet, superwizji w szkoleniu psychoterapeutów i praktykowaniu psychoterapii wydaje się zasadny. Jej znaczenie podnoszą dodatkowo okoliczności, które wymieniamy poniżej.

W ostatnich dziesięcioleciach powstały i nabrały znaczenia szkoły psychoterapii, które — inaczej niż psychoanaliza — nie wymagały od przyszłego psychoterapeuty własnej analizy lub terapii. Oparte na innych przesłankach teoretycznych, skupione na wynikających z nich technikach i procedurach, wzmocnione świadczącymi o ich skuteczności wynikami badań naukowych, od superwizji wymagały tego, czego oczekuje się od superwizji klinicznej: śledzenia i oceny zgodności postępowania z programem terapii. Późniejsze badania wykazały jednak, że uwaga superwizora skierowana na emocjonalny wymiar relacji terapeutycznej poprawia efektywność leczenia. Nie jest to zresztą odkrycie. Balint opracował metodę pracy z lekarzami ogólnymi, mającą na celu poprawę efektywności leczenia dzięki uwzględnieniu emocjonalnych relacji między nimi a ich pacjentami [1]. Debata nad znaczeniem niespecyficznych czynników terapii także rozpoczęła się dawno [2, 3]. Waga przywiązywana do wyników naukowej empirii na nowo spowodowała skonfrontowanie superwizorów z problemem emocjonalności terapeuty i jej wpływem na proces psychoterapii. A ponieważ niewiele programów szkolenia w psychoterapii obejmuje terapię własną szkolących się, superwizorzy mają do rozwiązania kwestię zalecania superwizantom takiej właśnie terapii.

W imponującym systemie szkolenia w psychoterapii, stworzonym przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, jak dotychczas superwizorom wyznaczono bardzo ważną i obciążającą rolę. To oni, a nie osoby szkolące, decydują o rekomendowaniu adepta do

procedur oceniających jego kompetencje terapeutyczne. Co więcej, obowiązkowa obecność superwizora podczas egzaminu przed certyfikującą komisją jest dowodem egzekwowania jego odpowiedzialności za dopuszczenie superwizanta do starania się o pełne uprawnienia.

Sonda

Wypowiadaliśmy już wcześniej swoje opinie na temat znaczenia superwizji, stylu superwizowania i odpowiedzialności superwizora za efekty własnej pracy [4, 5]. Teraz, zaproszeni do zabrania głosu w sprawie zasad superwizowania, pomyśleliśmy o celowości zebrania informacji na ten temat od członków Sekcji Psychoterapii i Sekcji Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Przygotowaliśmy prosty kwestionariusz (sondę) służący do zebrania opinii o oczekiwaniach stawianych superwizji psychoterapii. Zawiera on osiem pytań z możliwością zerojedynkowej odpowiedzi oraz jedną pozycję otwartą, w której respondenci mogli zawrzeć ich rozszerzenia, a także komentarze.

Prosiłiśmy też o podstawowe dane demograficzne, takie jak: płeć, grupę wieku (do 30 lat, 31–50, powyżej 50) oraz status w psychoterapii (przed certyfikatem, z certyfikatem, aplikujący superwizorzy, certyfikowani superwizorzy).

Sonda została, na imienną prośbę jednego z nas (JB), rozesłana pocztą elektroniczną, przez sekretariaty Sekcji Psychoterapii i Sekcji Terapii Rodzin (ogromne podziękowania należą się Pani Annie Kazberuk i Pani Izabeli Janeczek). Sonda nie była anonimowa. Większość odpowiedzi przychodziła na adres e-mailowy: jacek.bomba@uj.edu.pl.

Konstrukcja Sondy

Podtytuł („Do czego potrzebuję superwizji?”) był zarazem głównym pytaniem i precyzował zadania sondażu opinii o potrzebach psychoterapeutów na jakie, ich zdaniem, ma odpowiadać superwizja. Stawiał równocześnie respondenta w pozycji podmiotu korzystającego z superwizji, chociaż można się było spodziewać, że ci z respondentów, którzy są superwizorami lub superwizorami aplikantami i superwizują psychoterapię prowadzoną przez innych terapeutów, mogli wyrażać swoje opinie na temat oczekiwań superwizantów.

Pytanie 1. (do „pokierowania w pracy z pacjentem”?) odnosiło się do tendencji superwizantów do podporządkowywania się, ich niepewności i szukania dyrektywności superwizora. Oczekiwano na nie odpowiedzi przeczącej.

Pytanie 2. (do „oparcia i rozumienia moich trudności”?) odwoływało się do często spotykanej u szkolących się aplikantów postawy wspierającej i wzmacniania superwizanta. Oczekiwano odpowiedzi twierdzącej.

Pytanie 3. (do „uważności ułatwiającej uporządkowanie procesu terapeutycznego”?) opisywało postawę superwizora stymulującego samodzielność superwizanta w rozwiązywaniu trudności procesu terapeutycznego. Oczekiwano odpowiedzi twierdzącej.

Pytanie 4. (do „krytyki moich błędów?”), na które oczekiwano odpowiedzi przeczącej, odnosiło się do sposobu, w jaki superwizor reaguje na zauważone błędy superwizanta. Jego

redakcja mogłaby być zręczniejsza. Nie można wykluczyć, że wpłynęły na nią osobiste kłopoty autorów.

Pytanie 5. (do „pomocy w rozumieniu moich emocji”?) odnosiło się do jednej z ważniejszych, naszym zdaniem, funkcji superwizji, jaką jest wzmacnianie zdolności odróżniania przez terapeutę emocji własnych od emocji pacjenta. Oczekiowano odpowiedzi twierdzącej.

Pytanie 6. (do „pomocy w ustaleniu rozpoznania klinicznego”?) miało na celu zebranie opinii o rozróżnianiu między superwizją kliniczną a superwizją psychoterapii oraz wrażliwości na rozróżnienie między diagnozą kliniczną a diagnozą psychoterapeutyczną. Oczekiowano odpowiedzi przeczącej.

Pytanie 7. (do „pomocy w wykorzystywaniu moich możliwości”?) zbierało opinie na temat istotnego zadania superwizji, jakim jest optymalizacja wykorzystania możliwości terapeuty. Oczekiowano odpowiedzi twierdzącej.

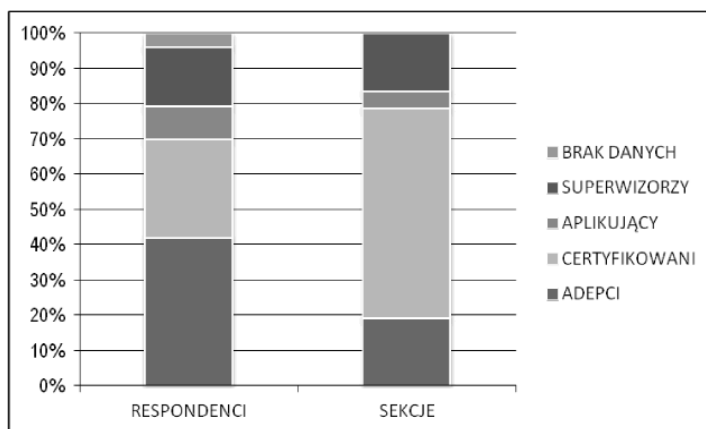
Pytanie 8. (do „potrzebnej do awansu oceny mojej pracy”?) zmierzało do zebrania informacji o stosunku do opiniodawczej roli superwizora. Zgodnie ze stanowiskiem PTP oczekiwano odpowiedzi twierdzącej.

Ostatnie, 9. pytanie („Przyszło mi do głowy, że ...”) pozostawiało, jak już wspomniano, miejsce na komentarze i rozwinięcie własnych myśli.

Wyniki sondażu

Analizie poddano odpowiedzi uzyskane w ciągu dwóch tygodni od rozesłania sondy. Wysłano 871 listów elektronicznych. Otrzymano 129 odpowiedzi, co stanowi 14,81%. Najliczniej zareagowała (28,57%) najmniejsza grupa psychoterapeutów aplikujących do statusu superwizora. Najsłabszy odzew uzyskano w najliczniejszej grupie certyfikowanych psychoterapeutów (5,4%).

Ryc. 1 Status respondentów

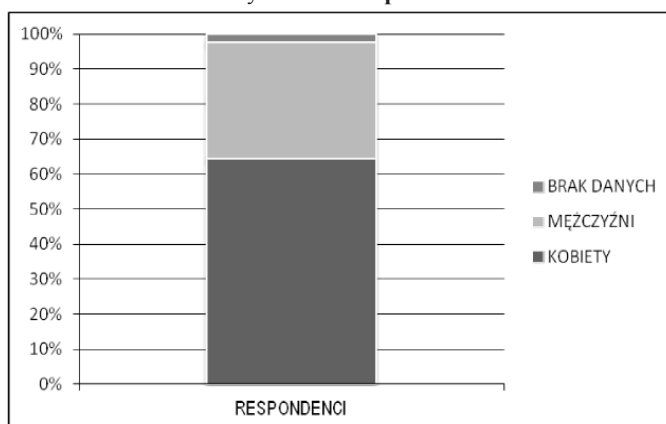


Udział poszczególnych grup wśród tych, którzy odpowiedzieli, obrazuje rycina 1.

Dla porównania przedstawiono na niej procentowy udział adeptów psychoterapii, certyfikowanych psychoterapeutów, aplikujących do statusu superwizora i certyfikowanych superwizorów w sekcjach.

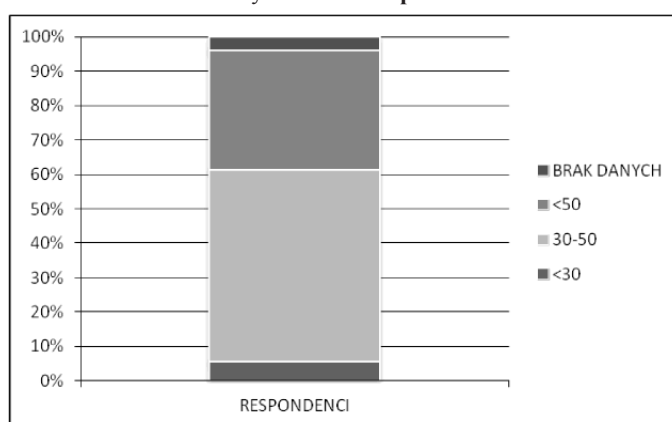
Udział kobiet wśród respondentów jest dwukrotnie liczniejszy niż mężczyzn (ryc. 2).

Ryc. 2. Płeć respondentów



Wiek respondentów obrazuje Ryc. 3.

Ryc. 3. Wiek respondentów



Niektórzy respondenci (mniej niż 5%) pominęli odpowiedzi odnoszące się do ich danych demograficznych, włączając w ten obszar status.

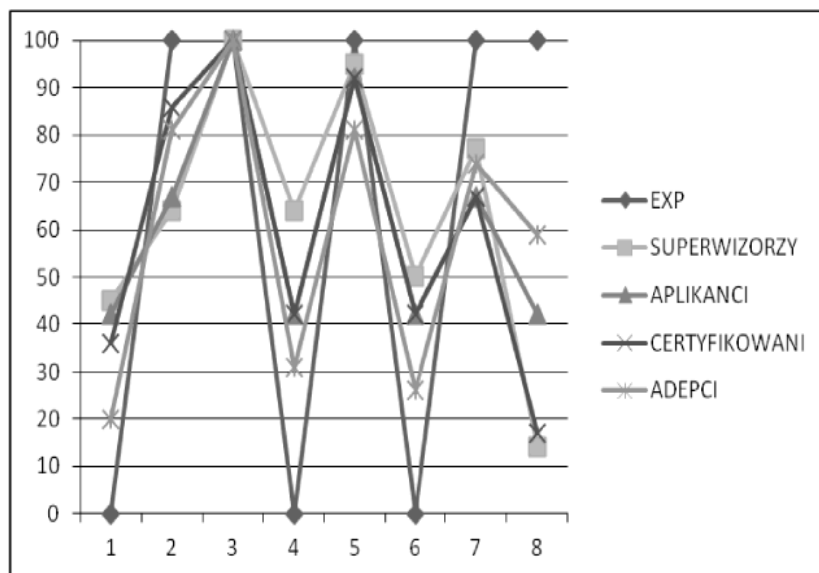
Obraz potrzeb superwizyjnych w opinii członków Sekcji Naukowej Psychoterapii i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Rycina 4. przedstawia rozkład odpowiedzi na osiem pytań zamkniętych sondy. Wykres obrazuje różnice między odpowiedziami oczekiwanymi (EXP) a odpowiedziami w czterech grupach respondentów różniących się statusem. [Ryc. 4 — na następnej stronie].

W zasadzie opinie respondentów były zgodne z wyszczególnionymi powyżej celami superwizji psychoterapii. Jak wynika z badania najważniejszy z nich: uważność super-

wizora i ułatwienie porządkowania procesu terapeutycznego wybierali psychoterapeuci i superwizorzy niezależnie od statusu.

Ryc. 4. Status zawodowy a odpowiedzi na pytania sondy



Zbliżona zgodność stanowisk pojawiła się w kwestii pomocy superwizantom w rozumieniu ich emocji. Nie jest to zaskakujące wobec podnoszenia znaczenia relacji emocjonalnej terapeuty — pacjent jako istotnego, nieswoistego czynnika psychoterapii przez większość szkół. Szkolący się w psychoterapii (członkowie sekcji bez certyfikatu) byli najczęściej odmiennego zdania i nie postrzegali tej funkcji superwizji jako istotnej.

Ważna dla każdej superwizji (nie tylko superwizji psychoterapii) pomoc w wykorzystaniu możliwości tkwiących w terapii była także, zgodnie, wybierana jako istotna. Chociaż nie aż tak zgodnie, jak wybrane ułatwienia porządkowania procesu terapeutycznego.

Mniejsza zgodność tyczyła dawania oparcia i pomocy w rozumieniu trudności terapeuty. Zaskakująco, oczekiwanie oparcia deklarowali terapeuci i adepci psychoterapii częściej niż superwizorzy i aplikanci.

Opiniująca rola superwizora i jej wpływ na karierę zawodową w świetle odpowiedzi respondentów wydaje się niedoceniana. Dostrzegają ją najbardziej terapeuci przed uzyskaniem certyfikatu oraz znacznie słabiej aplikujący o uprawnienia superwizora. Terapeuci z certyfikatem i superwizorzy w ponad 80% nie potwierdzili takiej potrzeby!

Ponad 40% odpowiadających superwizorów i aplikantów wskazywało na potrzebę kierowania procesem superwizowanej terapii. Podobnie terapeuci. Chociaż najrzadziej oczekiwali tego ci, którzy nie mają certyfikatu.

Połowa superwizorów i aplikujących i blisko połowa psychoterapeutów z certyfikatem wskazała na celowość zajmowania się pomocą w ustalaniu rozpoznania klinicznego pa-

cientów. Rządziej (30%) dostrzegali w tym cel superwizji terapeuci bez certyfikatu. Takie odpowiedzi wymagają jakościowej analizy znaczenia pojęcia „diagnoza kliniczna”, zanim wyciągnie się jakiegokolwiek wnioski.

Jakościowej analizy komentarzy respondentów wymaga też interpretacja rozkładu odpowiedzi na pytanie o oczekiwanie krytyki błędów superwizowanego. Celowość krytyki błędów najczęściej wybierali superwizorzy, a najrzadziej terapeuci bez certyfikatu.

Komentarze

Mniej niż połowa respondentów (37%) skorzystała z możliwości swobodnej wypowiedzi na temat przydatności i metod superwizji psychoterapii. W kilku przypadkach były to uwagi o metodzie ankietowania, na przykład zastosowania skal likertowskich jako przydatniejszych do badań tego typu. Kilka uwag odnosiło się do konkretnych pozycji sondy, np. wskazujących na nieuzasadnione łączenie takich cech kontaktu superwizyjnego, jak dawanie oparcia i rozumienie (pytanie 2). Przy tym dawanie i znajdowanie oparcia w superwizorze należały do najczęściej wymienianych w pytaniu otwartym. Można przypuszczać, że komentarze są wynikiem tego połączenia oparcia i rozumienia w jednym pytaniu.

Forma pytania może też odpowiadać za liczbę komentarzy w sprawie zauważania błędów terapeuty i krytyki. Komentatorzy opowiadali się za zauważaniem błędów, ale przeciw krytyce. Chociaż jedna uwaga mówi o celowości krytyki, byle była adekwatna.

Nie znaleźliśmy w komentarzach wypowiedzi, które pozwoliłyby na pogłębienie rozumienia stosunku respondentów do opiniowania superwizantów o ich przygotowaniu do certyfikatu psychoterapeuty czy kwalifikacji superwizora. Na marginesie jednej z wypowiedzi, która postulowała opiniowanie nieoceniałące, można by, chociaż to niewystarczająca podstawa, formułować pytanie o to, czy ta rola superwizji jest w ogóle dostrzegana, zwłaszcza przez superwizantów.

Na możliwość niejasności wskazuje także pojedyncza wypowiedź podnosząca zbędność skupienia superwizora na emocjach superwizanta, dostrzegająca w takim skupieniu pomieszczenie superwizji z psychoterapią własną terapeuty.

Wiele uwag miało charakter merytoryczny i otwierało kwestie nie poruszone przez pytania sondy.

Uwagi natury ogólnej, w których wskazywano na najważniejsze, zdaniem komentujących respondentów, cechy superwizji

Podnoszono, ujawniając orientację psychodynamiczną, znaczenie analizowania przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Ale także, wywodzące się z teorii spotkania, znaczenie dialogicznego charakteru spotkania superwizyjnego. Nie jest to zaskakujące, skoro Polskie Towarzystwo Psychiatryczne skupia psychoterapeutów o różnych orientacjach teoretycznych i rozmaitych rodowodach. W tej samej grupie uwag o istocie superwizji zmieścilibyśmy wywodzącą się z tradycji klinicznej myśl o znaczeniu „świeżego spojrzenia”, kiedyś fundament konsylium lekarskiego.

Sporo komentarzy podnosiło dydaktyczny aspekt superwizji, najczęściej odnosząc go do relacji z mistrzem — wzorem do naśladowania.

Osobna grupa wypowiedzi zwracała uwagę na potrzebę standardów superwizji. Wskazywano też na integrującą środowisko rolę superwizji, chociaż nie było wyjaśnień, w czym respondenci ją widzą.

Dla porządku odnotujemy, że natrafiono też na komentarz wskazujący na potrzebę godziwego wynagradzania pracy superwizora. Z kontekstu można wnosić, że chodziło o opłacanie superwizji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podsumowanie

Badanie opinii członków Sekcji Naukowych Psychoterapii i Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego miało na celu zebranie danych o potrzebach, jakim superwizja psychoterapii ma sprostać. Założyliśmy, że członkowie towarzystwa, dla których kwestia ta ma duże znaczenie, i którzy utrzymują z władzami sekcji żywy kontakt internetowy (główny kanał komunikacyjny zarządów obu sekcji), odpowiedzą szybko. Opinie tych członków nie mogą być uznane za reprezentatywne dla ogółu psychoterapeutów członków towarzystwa.

W pierwszych dwóch tygodniach po rozesłaniu sondy otrzymywaliśmy po kilkanaście odpowiedzi dziennie. W następnych tygodniach liczba listów wyraźnie zmniejszyła się, chociaż nadal otrzymujemy pojedyncze, wypełnione kwestionariusze. Ponieważ późni respondenci na ogół nie korzystają z pytania otwartego, można przypuszczać, że nie wykorzystali czasu, aby przemyśleć swoje odpowiedzi. Przyjęliśmy zatem, że dysponujemy odpowiedziami spontanicznymi od osób zaangażowanych, a ich treść oddaje dotychczasowe przemyślenia i poruszone przez sondę emocje.

Nie analizowaliśmy zbioru, jakim są członkowie obu sekcji pod względem płci i wieku. Nie wiemy, jak odsetek odpowiadających na sondę kobiet (64%) i mężczyzn (35%) odnosi się do płci członków sekcji. Czy to psychoterapeutki są bardziej zaangażowane, czy też jest ich więcej. Podobnie pominęliśmy kwestię wieku.

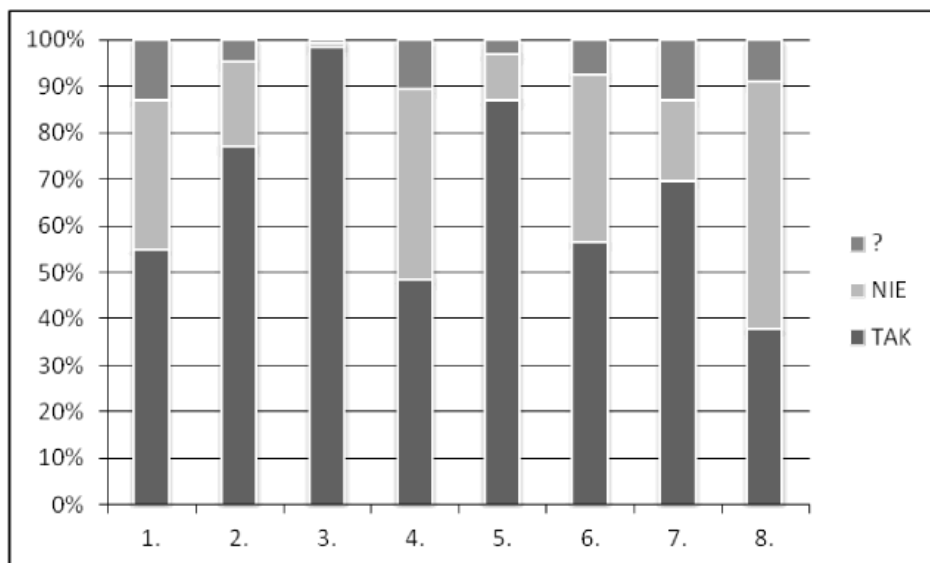
Najsłabszy odzew w najliczniejszej grupie członków towarzystwa — certyfikowanych psychoterapeutów — domaga się interpretacji, chociaż nie mamy danych do weryfikacji. Można jedynie przypuszczać, że wśród nich najliczniej reprezentowani są tacy, którzy zdobywali kwalifikację w pionierskich czasach, kiedy superwizja nie była jeszcze standardem. [Ryc. 5 – na następnej stronie.]

Trzecie pytanie sondy, na które prawie wszyscy odpowiedzieli twierdząco, było — co zauważył w komentarzu jeden z respondentów — podwójne w tym znaczeniu, że pytało równocześnie o postawę superwizora (uważność) i o cel superwizji (porządkowanie procesu psychoterapeutycznego). Nie wiązało przy tym uważności z porządkowaniem. Mimo to było najczęściej wybierane pozytywnie. Trudno także wniesć, na ile ta popularność może wynikać z obszernie w ostatnim czasie dyskutowanej koncepcji uważności (mindfulness). Można jednak przyjąć, że psychoterapeuci towarzystwa postrzegają jako istotną porządkującą funkcję superwizji i jako pożądaną — uważną postawę superwizora.

Powszechna jest też opinia o przydatności rozumienia emocji własnych uzyskiwana przez terapeutę w superwizji. Wybór tego oczekiwania najczęściej odrzucali adepci psychoterapii. Analiza pytania otwartego nie dała jednoznacznego wytłumaczenia tej tendencji. Być może, jak można sądzić z jednego z komentarzy, wynika to z równoczesnego korzystania przez szkolących się z własnej terapii treningowej i superwizji.

Cieszyć musi wysoka pozycja zgodnych wyborów pozytywnych na pytanie o optymalizację potencjału terapeutycznego superwizanta, rozumianą jako cel superwizji psycho-

Ryc. 5. Rozkład odpowiedzi w całej grupie respondentów



1. Kierowanie pracy z pacjentem
2. Oparcie i rozumienie trudności superwizanta
3. Uwaga ułatwiająca uporządkowanie procesu terapeutycznego
4. Krytyka błędów superwizanta
5. Pomoc superwizantowi w rozumieniu emocji
6. Pomoc w ustaleniu rozpoznania klinicznego
7. Pomoc w wykorzystywaniu moich możliwości
8. Ocena pracy potrzebna do awansu

terapii. Zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę mniejszą popularność pozytywnych wyborów funkcji kontrolnych (kierowania i krytyki błędów).

Jednak trzeba zauważyć, że respondenci często deklarowali oczekiwanie oparcia i rozumienia trudności terapeuty. Wybory takie częściej spotykaliśmy u respondentów w fazie zdobywania kwalifikacji: psychoterapeuty i superwizora. Można przypuszczać, że są to oczekiwania osób mniej pewnych siebie w swoich rolach zawodowych. W świetle sondy są to jednak oczekiwania rzadsze niż przypuszczaliśmy, opierając się na obserwacjach z praktyki.

Pytanie o oparcie i rozumienie również zawierało kategorie niepokrywające się ani nie powiązane ze sobą jednoznacznie. Choć w mowie potocznej rozumienie jest synonimem akceptacji i jest warunkiem oparcia. Można przyjąć, że profesjonaliści uczestniczący w sondażu nie posługują się powszechnie takim „folkowo-psychologicznym” podejściem

do oparcia. Rozumienie superwizanta i dawanie mu oparcia powinno — jak sądzimy — znaleźć się wśród zasad stosowania superwizji psychoterapii. Wydaje się to szczególnie ważne wobec zaskakująco częstych wyborów pozytywnych na pytanie o kierowanie przez superwizora procesem superwizowanej terapii.

Odpowiedzi na dwuznaczne pytanie o błędy superwizanta w superwizowanej terapii trudno interpretować wobec tej, niezamierzonej, dwuznaczności. Można się jednak odwołać do jakościowej analizy uwag w pytaniu otwartym i wskazać na możliwość akceptacji, a nawet potrzeby zauważania błędów, a równoczesne odrzucanie krytyki postrzeganej jako agresywność.

Uwagi wymaga też rozbieżność w wyborach odpowiedzi na pytanie o wpływ superwizora na karierę zawodową superwizanta. Pozytywne wybory osób w procesie szkolenia i negatywne superwizorów i psychoterapeutów nieaplikujących o status superwizora, trzeba rozumieć jako świadomość zjawiska w pierwszej grupie i odrzucanie jego istnienia przez superwizorów.

Chcemy też odnotować niepokój związany z niejednoznacznością rozumienia pojęcia: rozpoznanie kliniczne. Jest to ważne o tyle, że w superwizji istotne jest rozpoznanie psychoterapeutyczne. Oznacza to rozpoznanie dla określenia możliwości, celów i sposobów postępowania w terapii.

Przeprowadziliśmy sondę i zanalizowaliśmy jej wyniki po to, aby było na czym oprzeć postulaty zasad stosowania superwizji psychoterapii. Mimo ograniczeń metody i reprezentatywności respondentów mamy podstawy, aby sugerować, iż:

1. Superwizja winna, dzięki uważności superwizora, ułatwiać porządkowanie procesu terapeutycznego, ułatwiać rozumienie jego emocjonalnego wymiaru, dawać terapeutę oparcie i optymalizować korzystanie z własnych możliwości.
2. Uwagi wymaga rozumienie znaczenia diagnozy psychoterapeutycznej.
3. Uwagi wymaga opiniująca i kontrolna funkcja superwizji.

Piśmiennictwo

1. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Churchill Livingstone; 1957.
2. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia medyczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994.
3. Czabała J.C. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
4. Bomba J. Superwizja psychoterapii z perspektywy psychodynamicznej. Psychoter. 2010; 3: 5–10.
5. Bierzyński K, Bomba J. Program szkolenia superwizorów połączonego z oceną ich kompetencji. Psychoter. 2010; 3: 31–36.

Adres: jacek.bomba@uj.edu.pl